様式第10号(第7条関係)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人工透析患者通院交通費補助金受給資格喪失届  年　　月　　日  　田村市長　様  住所  届出人  氏名　　　　　　　　　　　　　㊞  　次のとおり、補助金の受給資格を喪失したので届け出ます。 | | |
| 受給資格者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 喪失事由の発生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 受給資格喪失理由  該当する番号を  ○で囲んでくだ  さい。 | | 1　他の市町村へ転出  　　　（転出先　　　　　　　　　　　　　　　　）  　2　医療機関への入院  　　　（医療機関名　　　　　　　　　　　　　　）  　3　死亡  　4　その他  　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |